In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful

La faculté
seek knowledge

Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects medical documents written by Algerian assistant professors, professors or any other health practicals and teachers from the same field.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for the most content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to be in contact with all authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com to settle the situation.
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.

www.la-faculte.net

VALVULOPATHIES

A. RETRECISSEMENT MITRAL

- Le RAA représente la quasi-totalité des étiologies de RM (2 ans après le RAA)
- Syndrome de ***Lutembacher*** : associe un RM et une CIA.
- Syndrome d'**Ortner** : compression du nerf récurrentiel gauche secondaire à l'ectasies de l'OG ⇒ dysphonie (il est très rare)
- La pression télédiastolique du VG reste inchangée (il n'y a pas d'insuffisance ventriculaire dans le RM pur).
- L'hémoptysie est un signe classique de RM ; la dyspnée est le maître symptôme
- Rx : arc moyen gauche convexe en double bosse (la partie supérieure correspond à l'infundibulum pulmonaire et la partie inférieure à l'auricule gauche).
- Cardiomégalie avec pointe sus-diaphragmatique s'il existe une dilatation du VD
- Silhouette mitral : aspect triangulaire
- Echo mode TM : *mouvement paradoxal de la petite valve mitrale*
- L'**ETO** est indispensable : pour le choix thérapeutique et pour rechercher des thrombi intra-auriculaire.
- Les résistances artérielles pulmonaires sont normales en cas d'HTAP post capillaire (↗ en cas d'HTAP mixte → stade plus tardif)
- La *fibrillation auriculaire* est fréquente ; sa survenue n'est pas corrélée au caractère serré du RM.
- Le RM est la valvulopathie qui se complique le moins d'endocardite bactérienne
- Le poumon mitral, réalisant une véritable *hémosidérose* se complique volontiers de surinfections bronchiques à répétition, d'infarctus pulmonaire et d'hémoptysie.
- Traitement curatif : valvuloplastie mitrale percutanée (dilatation mitrale)
- Indications du traitement **anticoagulant** : fibrillation auriculaire (même un seul épisode paroxystique) ; antécédents d'embolie systémique ; OG très dilatée (+/-).

AUSCULTATION

Rythme de Durozier avec :
- Un éclat de B1 au foyer mitral
- Claquement d'ouverture mitrale (COM) perçu parés B2 ; il traduit la mise en tension brutale des cordages remaniés
- Roulement diastolique qui début avec le COM, va decrescendo puis se renforce en fin de diastole (renforcement présystolique)

NB : les signes auscultatoires ↗ en cas de décubitus latéral gauche

B. INSUFFISANCE MITRALE

- Le VG est dilaté **sans hypertrophie** (surcharge de type diastolique pur). Les résistances à l'éjection (post-charge) sont ↙↙ (d'où l'absence d'hypertrophie du VG).
- C'est une maladie auto-entretenue : la dilatation du VG ⇒ aggrave l'IM
- **ECG** : hypertrophie auriculaire gauche (onde P bifide en DII et biphasique en V1) ; surcharge ventriculaire gauche **diastolique** (onde T ample positives en V5-V6)
- La coronarographie (bilan pré-op) est systématique si présence d'angor ou de sujet > 40 ans et/ou avec de nombreux facteurs de risque vasculaires.
- Rx : AIG allongé, plongeant (dilatation du VG)

BARLOW : les valves sont épaissies, myxoïdes, flasques avec ballonisation ; nette prédominance de la PVM ; les cordages sont allongés (se rempotent souvent !). Le **prolapsus** s'accompagne d'une fuite mitrale ± importante et typiquement en télésystole. Femme (+++) ; majorité asymptomatique ; formes symptomatiques avec riche cortège de signes fonctionnels ; douleurs thoraciques, palpitations, dyspnée, lipothymie, profil psychologique. ECG le plus souvent normal ; parfois **ondes T négatives**… (ischémie du muscle papillaire du pilier post). Echo : déplacement télésystolique des 2 feuillets de la VM vers la paroi de l'oreillette gauche (en hamac)

AUSCULTATION

- Le souffle d'IM est holosystolique ; en jet de vapeur (parfois piaulant) ; irradiant vers l'aisselle (prolapsus de GVM) ou vers le sternum (prolapsus de PVM)
- N'est pas renforcé après les diastoles longues
- Il est mal corrélé à l'importance de la fuite : un souffle important correspond à une fuite importante mais l'inverse n'est pas vrai
- Roulement diastolique mitral d'hyper-débit ⇒ **fuite importante**
- Galop protodiastolique (B3) : signe d'IVG
- Maladie de **Barlow** : click mésosystolique suivi d'un souffle télé-systolique

C. RETRECISSEMENT AORTIQUE

- RA dégénératif : maladie de Monckeberg
- Les troubles de la conduction auriculo-ventriculaire sont en rapport avec l'extension des atteintes calcaires de la valve vers le septum.
- La présence de signes fonctionnels traduits toujours un RA serré. Mais même un RA serré peut être asymptomatique.
- La dyspnée d'effort est tardive dans l'évolution (angor et syncopes plus précoces)
- **NB** : dans le RA serré d'origine rhumatismal le B2 peut être conservé
- ECG : HVG avec surcharge de type systolique (négativation des ondes T en V5-V6) ; il faut rechercher systématiquement l'↗ de PR (BAV) ; Holter (troubles du rythme)
- Rx : dilatation de l'aorte initiale et hyperconcavité de l'arc moyen gauche (?)
- Aucun signe n'est spécifique de rétrécissement aortique à l'échographie
- Hypertrophie ventriculaire gauche concentrique (c'est-à-dire touchant aussi bien le septum que la paroi postérieure) ; l'importance de l'hypertrophie est mal corrélée au degré de sténose aortique
- **RA serré** : Une surface aortique < **1 cm²** ; gradient moyen (VG-Aorte) > **40 mmHg**
- **Coronarographie :** systématique dans le cadre de bilan pré-op en cas de l'existence d'un angor ; sujet > 40 ans ou facteurs de risque vasculaires associés
- **ECG d'effort** : formellement contre-indiqué en cas de RA symptomatique ; indiqué (+++) si RA serré symptomatique.
- Survie moyenne spontanée :
  - + angor → 4 ans
  - + syncope → 3 ans
  - + insuffisance cardiaque → 2 ans
  - + OAP → 6 mois
- Le gradient VG/Aorte dépend du degré de sténose et de la fonction systolique
- ↗ de la post-charge ⇒ altération de la fonction diastolique puis systolique

AUSCULTATION

- Le premier bruit (**B1**) est souvent diminué
- **Click** proto-systolique si les valves sont restées souples
- Le souffle est mésosystolique de timbre rude et râpeux ; max au foyer aortique ou au bord gauche du sternum ; irradiant aux **carotides**
- Il est **renforcé** après les **diastoles longues** (en cas d'arythmie)
- Le **B2** est normal dans le RA peu serré ; ↙ ou aboli dans le RA **serré**
- Présence du **B4** audible (galop présystolique) : ce galop est dû à l'**HVG** et ne traduit pas l'insuffisance cardiaque.
- RA **serré** : B2 ↙ ou aboli ; **dédoublement** de B2 à la base (les sigmoïdes aortiques se ferment plus tardivement).

D. INSUFFISANCE AORTIQUE

- Syndrome de **Laubry-Pezzy** = IA + CIV (congénital)
- Devant une douleur thoracique l'apparition d'un souffle d'insuffisance aortique non connu a une grande valeur diagnostique en faveur de **dissection aortique**
- Maintient d'un débit systémique normal grâce à une hypertrophie–dilatation du ventricule gauche. L'hypertrophie est donc adaptée à la dilatation
- Signe de **Musset** : mouvement de la tête rythmé part le battement cardiaque
- **Angor fonctionnel** : deux mécanismes → chute de la pression aortique diastolique et HVG ; il est volontiers nitro-résistant
- Une pression diastolique < 50 mmHg traduit une insuffisance aortique sévère
- ECG : HVG avec surcharge de type **diastolique** ; le bloc incomplet est fréquent ; par contre le BBG complet est rare sauf en cas de RA associé.
- Rx : arc moyen gauche hyperconcave ; dilatation de l'aorte ascendante (arc supérieur droit) ; élargissement de l'AIG avec pointe plongeante sous le diaphragme.
- Radioscopie : signe de la sonnette (pédicule aortique hyper-pulsatile)
- Coronarographie : même chose que le RA
- Les 2 meilleurs facteurs pronostiques sont l'âge et la taille du VG ; à rapporter à la surface corporelle.
- La nifédipine et les IEC permettent de favoriser l'éjection dans l'aorte plus tôt que la régurgitation et diminuent la dilatation du VG

AUSCULTATION

- Souffle **protodiastolique** ; max fréquemment le long du bord gauche du sternum ; irradiant vers la **pointe** ou la xiphoïde. Timbre doux, aspiratif
- Souffle **systolique** au foyer aortique fréquent (même en absence de RA)
- **Pistol-shot** : claquement mésosystolique perçu en région sous clavière ; il traduit le jet systolique vigoureux sur la paroi aortique (**IA importante**)
- Roulement diastolique de **Flint** : au foyer mitral ; traduit la fermeture partielle de la valve mitrale (RM fonctionnel)

E. PROTHESE MECANIQUE

- la prothèse mécanique la plus utilisée actuellement est la prothèse à double ailette pivotante type **Jude** médicale.
- Pour les valves à billes (Starr-Edwards) on entend un éclat du bruit d'ouverture et pour les autres valves mécaniques on entend un éclat du bruit de fermeture (B1 ou B2)
- En position aortique : souffle **éjectionnel** (2/6[e]) **constant**
- En position mitrale : roulement diastolique inaudible ou très faible

- Jamais de souffle de **régurgitation** : toujours pathologiques
- Nécessité de prévention de l'endocardite d'Osler
- Endocardite infectieuse précoce sur prothèse : le germe habituelle est le **Staphylococcus à coagulase négative**.

F.